

## Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

**BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA**  
UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
Chía - Cundinamarca

PROYECTO DE GESTIÓN  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ  
INGRESO OPORTUNO AL CONTROL PRENATAL.

ROSA ASTRID CASALLAS RUEDA.

UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN  
X SEMESTRE  
CHIA 2016-1

PROYECTO DE GESTIÓN  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ  
INGRESO OPORTUNO AL CONTROL PRENATAL.

ROSA ASTRID CASALLAS RUEDA.

ALEJANDRA MARÍA ALVARADO GARCÍA  
DOCENTE

MARÍA CATALINA FERNÁNDEZ  
ASESORA PROYECTO DE GESTIÓN

UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN  
X SEMESTRE  
CHIA 2016-1

## CONTENIDO

CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN:.....	5
RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRÁ.....	5
MISIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRÁ.....	6
VISIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRÁ.....	6
<b>ESTRUCTURA ORGÁNICA:</b> .....	7
<b>DIAGNOSTICO SITUACIONAL:</b> .....	7
MATRIZ DOFA:.....	10
JUSTIFICACIÓN: .....	13
OBJETIVO GENERAL:.....	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	15
INTRODUCCIÓN:.....	16
Marco conceptual: .....	17
1. Control prenatal: .....	17
2. Maternidad segura: .....	17
3. Muerte materna: .....	18
4. Curso de preparación a la maternidad y la paternidad: .....	18
5. Ingreso oportuno: .....	18
6. Cuidado de enfermería materna-perinatal.....	18
MARCO TEORICO: .....	18
Cuidados de enfermería a la mujer gestante.....	24
Primer trimestre de la gestación: .....	24
Segundo trimestre d gestación:.....	25
Tercer trimestre de la gestación:.....	26
REFERENTE TEÓRICO: .....	30
MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER .....	30

POBLACIÓN OBJETO: .....	32
METODOLOGÍA (CICLO PHVA) .....	32
<b>PLANEAR:</b> .....	32
<b>HACER:</b> .....	34
<b>VERIFICAR:</b> .....	34
Análisis de la información: .....	36
PRINCIPALES MOTIVOS DE INICIO TARDÍO DE LOS CONTROLES PRENATALES EN HUS UFZ. ....	36
<b>CONCLUSIONES:</b> .....	38
<b>RECOMENDACIONES:</b> .....	39
ANEXOS .....	40
RUTA DE CAPTACIÓN INTRAMURAL DE MUJERES EN ETAPA DE GESTACIÓN... ..	40
RUTA DE CAPTACIÓN EXTRAMURAL DE MUJERES EN ETAPA DE GESTACIÓN.. ..	41
BIBLIOGRAFÍA .....	42

## CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN:

### RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRÁ.

En el año 2009 luego de la liquidación del E.S.E Hospital San Juan de Dios de Zipaquirá a partir del 14 de noviembre de 2009 y hasta la fecha, mediante convenio, se recibe la operación temporal del hospital de segundo nivel de complejidad y se administra como Unidad Funcional junto con sus centros de salud de Cogua y San Cayetano. Este convenio que inicialmente era temporal se ha venido prorrogando hasta la fecha: <sup>15</sup>

El Hospital Universitario de la Samaritana fue fundado por el profesor Jorge Enrique Cavelier Jiménez durante la gobernación del Dr. Liborio Cuellar Durán. El comienzo de la institución se oficializa mediante la Ordenanza 24 de abril de 1932, expedida por la Asamblea de Cundinamarca y por Decreto No. 847 de octubre 5 de 1933.

A lo largo de su historia, el HUS ha pasado por **cuatro etapas**, todas distintas e importantes. La **primera** se inicia con su fundación como Seccional del Instituto de Higiene Social de Cundinamarca, especializándose en el tratamiento y control de las enfermedades de transmisión sexual, las cuales representaban un importante problema de salud pública. La **segunda etapa** se inicia en 1945, con la terminación de las obras de los cinco pisos, ampliándose así los servicios para el tratamiento de otras enfermedades, y de esta manera convirtiéndose en el Hospital General de la Samaritana a partir del 22 de marzo de 1945. La **tercera etapa** comienza en 1955, cuando cambia su nombre a Hospital Universitario de la Samaritana. El profesor Jorge Cavelier viendo la importancia del desarrollo académico, según lo expresa en el informe de su gestión de 1944: "... la creciente necesidad de nuevos campos de vastos de estudios e investigación... crea el ineludible deber de hacer de los centros hospitalarios instituciones docentes...", sentó las bases para un desarrollo académico - asistencial formal. La **cuarta etapa** se desarrolló bajo la dirección del Doctor Mauricio Alberto Bustamante García, con el reto de superar la profunda crisis administrativa y financiera en la que se encontraba la institución a comienzos de

1995, cuando la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993, crea las condiciones para transformar el Hospital en Empresa Social del Estado, hecho efectuado por Ordenanza 072 del 27 de diciembre de 1995 de la Asamblea de Cundinamarca. A partir de ese entonces, se van estableciendo nuevos retos para el HUS, el más importante comportarse como una Empresa prestadora de servicios de salud, autosuficiente, sin dejar de lado su permanente desarrollo académico, docente y científico, rasgos característicos desde su creación y logros que se gestaron durante la administración del Dr. Germán Augusto Guerrero Gómez, quien ocupó el cargo hasta inicios del año 2012.

La **quinta etapa** que en este momento se desarrolla bajo la administración del Doctor Oscar Alonso Dueñas Araque, ha impulsado la renovación tecnológica como una de las fortalezas que permitirán que la ESE Hospital Universitario de La Samaritana con 80 años de tradición académica y científica, siga consolidada como una entidad referente del manejo de procedimientos de alta complejidad.<sup>15, 16</sup>

#### MISIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRÁ.

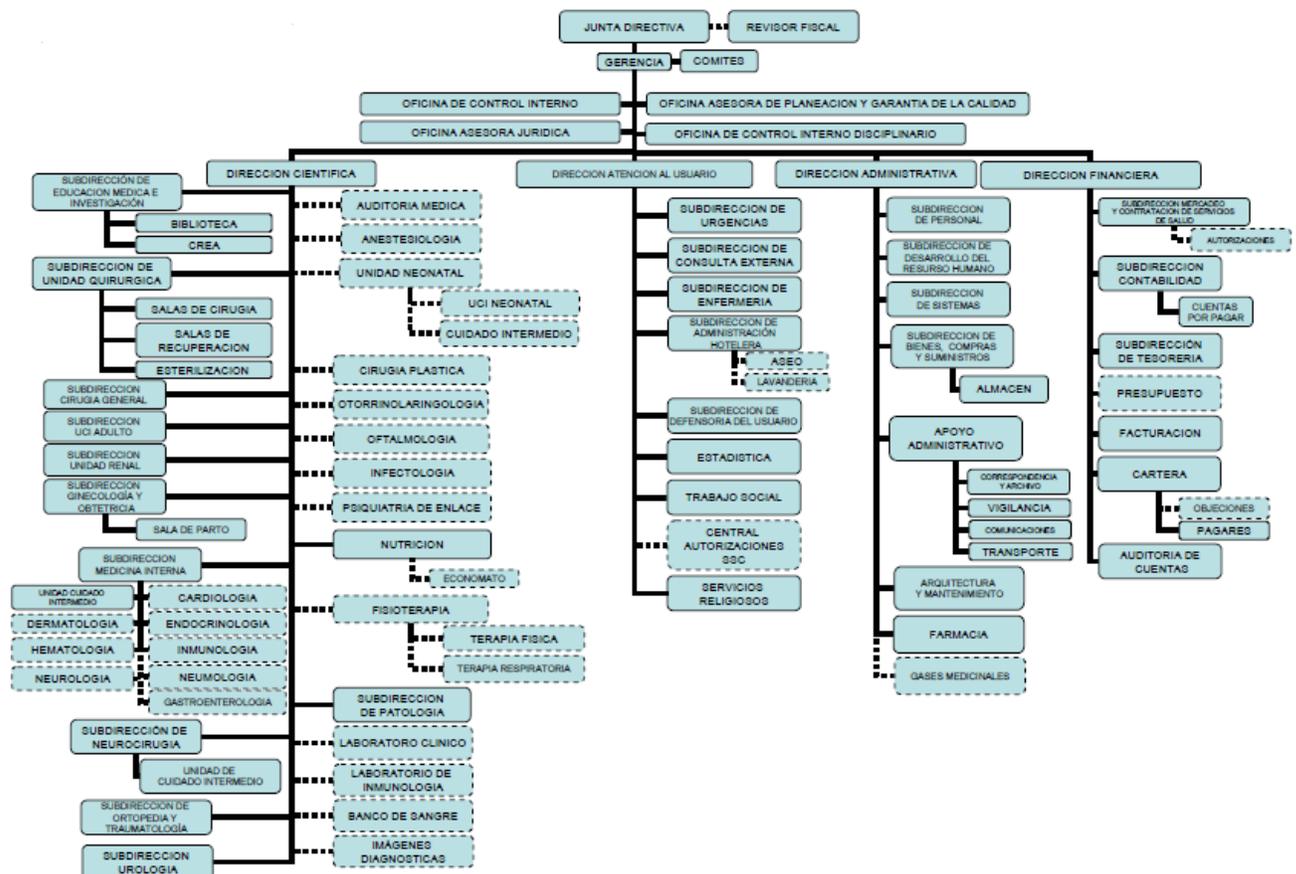
En la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana, somos líderes en la prestación de servicios integrales de salud con calidad y humanización, prestados por un equipo dispuesto a la excelencia y con la tecnología adecuada, contribuyendo al desarrollo de la comunidad y liderando con ética la formación académica e investigativa.

#### VISIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRÁ.

En el 2021 como Hospital Universitario cabeza de la Red de Servicios de Salud de Cundinamarca, seremos reconocidos por nuestro modelo de gestión humanizado y sustentable, con un modelo de educación e investigación propio, basándonos en el desarrollo de centros de excelencia, que mediante el uso eficiente de los recursos

y la tecnología, contribuya al mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

## ESTRUCTURA ORGÁNICA:



## DIAGNOSTICO SITUACIONAL:

En el Hospital Universitario de la Samaritana Unidad Funcional Zipaquirá brinda atención de primer y de segundo nivel, dentro de los servicios que brinda el hospital a la comunidad están los controles prenatales, para fortalecer dicho servicio se creó una estrategia en marzo de 2014 llamada SAMIIS (Samaritana con Atención Materna Infantil Integral y Segura) el cual tiene como objetivo disminuir la incidencia de eventos centinela de maternidad en la población en etapa de gestación y

puerperio del municipio de Zipaquirá. Esta estrategia cuenta con un equipo interdisciplinario para la atención materno-perinatal que tiene como finalidad evaluar el proceso de gestación y de puerperio para de esta manera lograr un embarazo y postparto saludable. SAMIIS cuenta con cuatro líneas de acción las cuales son:

1. Captación de gestantes, se realiza de dos formas; estrategias generales por medio de llamadas telefónicas, gestoras de calidad de vida, reuniones con los veedores de salud y divulgación del programa. Estrategias específicas: por medio de las pruebas de embarazo y paquetes paraclínicos prenatales.
2. Ruta de atención del programa SAMIS la cual cuenta con una auxiliar de enfermería encargada de la post consulta, esta persona es la encargada dar orientación a la gestante luego de la consulta médica y adicionalmente asigna las citas según criterio médico. Brindar información, educación y comunicación: dar educación a las gestantes y sus familias acerca de los signos de alarma, información sobre las citas, remisiones y sus respectivos horarios.
3. Seguimiento permanente a gestantes y puérperas: para de esta manera disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal, ya que de esta manera se puede brindar atención de manera oportuna a esta población.
4. Generación y reporte de la información: dentro de la atención con calidad se contempla el manejo y reporte oportuno y veraz, por tal motivo esta línea hace parte fundamental de la estrategia<sup>18</sup>.

Los ingresos de gestantes al control prenatal por trimestres de gestación del año 2013 al año 2015 en el Hospital Universitario de la Samaritana Unidad Funcional Zipaquirá se comportaron de la siguiente manera:

<b>AÑO</b>	<b>I TRIM (0-12 SDG)</b>	<b>%</b>	<b>II TRIM (13-28 SDG)</b>	<b>%</b>	<b>III TRIM (29-40 SDG)</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL DE INGRESOS</b>
<b>2013</b>	220	<b>38%</b>	302	<b>52%</b>	60	<b>10%</b>	582
<b>2014</b>	244	<b>45%</b>	243	<b>45%</b>	54	<b>10%</b>	541
<b>2015</b>	229	<b>59%</b>	131	<b>34%</b>	27	<b>7%</b>	387

Fuente: Indicadores Estrategia Institucional SAMIIS. Oficina de Salud Pública.

Marzo de 2016

En relación con el cuadro anterior, se evidencia que el ingreso oportuno ha aumentado en 21 puntos porcentuales del 2013 al 2015, teniendo en cuenta que en el año 2013 el ingreso en el primer trimestre fue del 38% y los ingresos tardíos obtienen un 62%, en cambio para el 2015 el ingreso oportuno tiene un porcentaje de 59% y los ingresos tardíos obtienen un 41%, reflejando así una mejora, sin embargo no lo esperado de acuerdo a la normatividad vigente<sup>14</sup>.

Por lo anterior es importante fortalecer este indicador de salud materna por medio de la creación de estrategias que permitan el ingreso antes de la semana 12 a los controles prenatales y de esta manera disminuir los riesgos maternos y perinatales.

MATRIZ DOFA:

<b>FORTALEZAS.</b>	<b>DEBILIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• El hospital cuenta con una estrategia institucional llamada SAMIIS la cual se compone de diferentes programas de salud sexual y reproductiva y de la primera infancia, dentro de los cuales se encuentra la atención preconcepcional, atención prenatal y planificación familiar, con los que se trabaja el proceso de seguimiento de ingreso y control.</li><li>• El hospital de Zipaquirá implementa planes de mejoramiento con el fin de brindar un buen servicio a la comunidad alineados con procesos de calidad y de acuerdo a la normatividad vigente.</li><li>• Desde el área de Salud pública de la UFZ se realizan jornadas mensuales de capacitación y/o actualización dirigida a los funcionarios de los servicios ambulatorios del hospital, con la finalidad de fortalecer la adherencia a las guías de atención, promover prácticas seguras y fomentar el cuidado humanizado.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Modelo de contratación del personal por medio de cooperativa de trabajo asociado, lo cual limita los beneficios contractuales.</li><li>• La infraestructura y las redes requieren de altas inversiones para poder cumplir con los estándares de calidad.</li><li>• Falta de humanización del cuidado en algunas áreas del hospital.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de atención de manera permanente, 24 horas al día como lo es hospitalización, atención en urgencias, incluyendo urgencias ginecológicas.</li> <li>• Comunicación directa con la población estudiantil y con instituciones educativas de la zona por medio de brigadas de salud dirigidas a adolescentes y jóvenes orientadas especialmente a la prevención de embarazo adolescente.</li> <li>• Existencia de un programa de Telemedicina lo que genera más precisión en lo diagnósticos y tratamientos de manera más rápida y oportuna.</li> </ul>	
<b>OPORTUNIDADES.</b>	<b>AMENAZAS.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es el único Hospital público del municipio.</li> <li>• Implementación del uso de las TICs lo que favorece y apoya la labor diaria del personal.</li> <li>• Los convenios que tiene la institución con las diferentes universidades, permite un aprendizaje bidireccional.</li> <li>• Recursos físicos y humanos que brinda la institución para cada uno de los programas.</li> <li>• Ser la institución de referencia de la región.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes con problemas de afiliación a EPS.</li> <li>• Ingreso inoportuno a los controles prenatales ya que para diciembre del 2015 el porcentaje de ingreso oportuno al control fue del 59% y para enero del presente año disminuyo obteniendo un porcentaje de 42%.</li> <li>• Demora en la aprobación de las remisiones por parte de las EPS para los pacientes que lo</li> </ul>

	<p>requieren por su condición de salud, incluyendo población materna.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Infraestructura catalogada como patrimonio histórico y cultural, lo que impide realizar cambios de la misma.</li><li>• Atender solamente pacientes que tengan EPS Convida.</li><li>• Estigmatización frente a la gestión y prestación del servicio por parte del hospital hacia la comunidad.</li></ul>
--	---

## JUSTIFICACIÓN:

El presente proyecto de gestión pretende fortalecer la ruta de captación de gestantes con la que cuenta el Hospital de la Samaritana Unidad Funcional de Zipaquirá (HUS UFZ), para de esta manera disminuir el porcentaje de maternas que ingresan de manera tardía a los controles prenatales.

El control prenatal tiene como objetivo principal identificar los factores de riesgo que tienen las gestantes, para de esta forma brindar el cuidado y tratamiento que requieren de manera oportuna y así disminuir o prevenir los riesgos que se puedan presentar y lograr un buen resultado perinatal. Por lo anterior es de vital importancia que las gestantes comiencen los controles prenatales de manera precoz, periódica, completa y de calidad. El control parental debe iniciarse desde el momento que la mujer sospecha que está en gestación, por lo cual la primera consulta debe realizarse antes de la semana 12 de gestación<sup>14</sup> para de esta forma determinar las acciones que ese realizara durante todo el periodo de gestación.

Cuando una gestante inicia los controles de manera tardía aumenta el riesgo materno-perinatal; en algunas ocasiones se debe tener en cuenta que la materna inicia de manera tardía sus controles por situaciones tales como: barreras demográficas, socioculturales, afiliación a los servicios de salud y cobertura. En el momento de dar inicio a los controles también debe iniciar consejería sobre nutrición y dieta, tipo y frecuencia de ejercicio físico recomendado en el embarazo, incluyendo ejercicios de piso pélvico, curso de preparación para el embarazo, el parto y puerperio, detección de violencia Intrafamiliar, tamización de cáncer de cuello uterino y problemas de salud mental<sup>1</sup>.

El ingreso oportuno a los controles hace que la gestación sea supervisada y controlada lo que permitirá que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones lo que lleva a una disminución de la mortalidad materna. Por lo anterior es importante resaltar que las mayores causas de mortalidad materna son prevenibles y para esto es de vital importancia dar una adecuada y oportuna

atención durante la gestación, parto y puerperio. La mortalidad materna es un resultado de múltiples factores y condiciones que, además de aspectos médicos relacionados, se relacionan aspectos socioeconómicos, culturales, legislativos y políticos, entre otros<sup>2</sup>.

El ministerio de protección social ha expedido normas técnicas y administrativas las cuales son de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de protección específica y determinación temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública. Dentro de estas guías se encuentra la Guía 3: Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, establece diferentes actividades como: la identificación completa y correctamente a la mujer, ordenar una prueba de embarazo, si éste no es evidente, promover la presencia del compañero o algún familiar en el control prenatal, informar a la mujer, el compañero o familia, acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características, durante cada una de las intervenciones anteriormente mencionadas es importante brindar educación, orientación, trato amable, prudente y respetuoso, responder a las dudas e informar sobre cada uno de los procedimientos que se realizarán, en un lenguaje sencillo y apropiado que proporcione tranquilidad y seguridad. Adicional a lo anterior se expidió la resolución 743 de 2013, en el cual se establecen parámetros de evaluación de los planes de gestión a los gerentes de las Empresas Sociales del Estado. En dicha resolución existe un indicador para medir la gestión de los gerentes dentro de la parte asistencial, este se denomina: proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación<sup>14, 19</sup>, el cual hace referencia a: número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribe al programa de Control Prenatal del ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación, sobre el total de mujeres gestantes identificadas. Teniendo como meta una proporción superior o igual al 85%, este estándar se debe cumplir por las instituciones prestadoras de servicios de salud adscritas al Ministerio de la Protección Social.

Las gestantes que asistieron al programa de control prenatal en el Hospital Universitario de la Samaritana Unidad funcional de Zipaquirá para el año 2015 fueron 387. El total de esta población que ingreso tardíamente después de la semana 12 de gestación son 131 pacientes para un porcentaje de 41%. Tomado de: Hospital Universitario de la Samaritana Unidad Funcional de Zipaquirá, Oficina de Salud Pública, Marzo de 2016.

#### OBJETIVO GENERAL:

- Fortalecer el ingreso oportuno de las mujeres en etapa de gestación por medio de la captación de las mismas en la modalidad Intramural y extramural, con el fin de disminuir los riesgos maternos y perinatales.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer las barreras de acceso que tienen las gestantes a los servicios que brinda el HUS de Zipaquirá, por medio de la revisión del kardex de gestantes.
- Crear la ruta de captación intramural y extramural de mujeres en etapa de gestación que asisten al HUS de Zipaquirá.
- Socializar la ruta de captación intramural y extramural de mujeres en etapa de gestación que asisten al HUS de Zipaquirá.
- Dar a conocer los programas dirigidos a la mujer en etapa de gestación al grupo de apoyo comunitario para que ellos a su vez los den a conocer a dicha población.
- Evaluar la adherencia que tiene el personal de salud a la ruta de captación intramural y extramural de mujeres en etapa de gestación.
- Socializar los programas que tiene el hospital y que se encuentren dirigidos a las mujeres en etapa de gestación a los integrantes del grupo de apoyo comunitario IAMII.

## INTRODUCCIÓN:

Los controles prenatales son todas las actividades y acciones que se le realizan a las mujeres que se encuentran en gestación con el objetivo de detectar las alteraciones que se pueden presentar y dar el tratamiento de manera oportuna, y de esta forma lograr una buena salud materna y desarrollo adecuado del feto y la obtención de un recién nacido en las mejores condiciones<sup>17</sup>.

Una gestante nulípara que inicia los controles en el primer trimestre, es recomendable que tenga diez controles y una mujer multípara con una gestación normal se recomienda siete citas. Un número de controles prenatales bajos está asociado a un aumento de la mortalidad perinatal<sup>1</sup> de ahí su importancia ya que para este año se han notificado al SIVIGILA 147 casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía<sup>12</sup>.

Una de las estrategias para la detección temprana de alteraciones del embarazo y manejo del mismo fue la Resolución 412 del 2000, la cual en la Guía 3: Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, establece diferentes actividades como: la identificación completa y correctamente a la mujer, ordenar una prueba de embarazo, si éste no es evidente, promover la presencia del compañero o algún familiar en el control prenatal, informar a la mujer, el compañero o familia, acerca de la importancia del control prenatal<sup>21</sup>. Además de la anterior guía mencionada se encuentra la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, en la cual se encuentra estipulado que para Colombia el cuidado para la gestante está enfatizado en la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de las alteraciones que afectan la gestación en todos los niveles de atención, buscando reducir la morbilidad materna.<sup>1</sup> Las medidas anteriormente mencionadas están encaminadas a una atención adecuada y oportuna en cada una de las semanas de gestación.

Por todo lo mencionado anteriormente el Hospital Universitario de la Samarita Unidad funcional de Zipaquirá, se ha creado un programa materno perinatal llamado

SAMIIS (Samaritana con Atención Materna Infantil Integral y Segura) el cual se creó para dar cumplimiento a los objetivos del milenio y para dar continuidad a la estrategia IAMI ya que el hospital es una de las instituciones que se encuentra acreditada en esta estrategia, adicional a lo anterior el hospital tiene como prioridad reducir la mortalidad materna perinatal.

Dentro del programa SAMIIS se plantean dos maneras de captación de gestantes; estrategias generales de captación que son: por medio de llamadas telefónicas, por medio de las gestoras de calidad de vida las cuales captan las maternas por medio de visitas domiciliarias, reunión con los veedores y divulgación del programa, las estrategias específicas de captación son: pruebas de embarazo que son positivas se realiza asignación de cita de inscripción programa SAMIS y las pruebas que son negativas se realiza asignación de citas para planificación familiar o preconcepcional. Pero a pesar de los esfuerzos realizados el número de gestantes que ingresan de manera tardía a los controles es significativo, por lo que el riesgo tanto para la madre y su bebé aumentan<sup>18</sup>.

Marco conceptual:

1. Control prenatal: son todas las acciones que permiten conocer y seguir el estado de su salud materno fetal durante el transcurso de la gestación. Los cuidados prenatales incluyen consultas con profesionales de la salud, pruebas de laboratorio, ecografías e intervenciones o procedimientos médicos, para vigilar que el embarazo tenga una evolución normal y culmine con éxito<sup>1</sup>.
2. Maternidad segura: acciones dirigidas a garantizarle a la mujer un proceso de gestación sano y las mejores condiciones para el recién nacido(a). Para poder lograr esto se necesita brindar una oportuna atención durante el proceso de gestación, parto y puerperio, manejar los riesgos asociados del proceso materno-perinatal y brindar tratamiento a todas las complicaciones que por factores biopsicosociales pueden surgir de este periodo<sup>4</sup>.

3. Muerte materna: es el resultado final de una serie de factores determinantes relacionados al contexto socio-económico, entre los cuales se destacan la situación de desventaja económica que enfrentan las mujeres y sus familias, la educación así como, los relativos a su estado de salud relacionados a los comportamientos reproductivos, el acceso y calidad de los servicios de salud para la atención materna, y la planificación familiar<sup>5</sup>.
4. Curso de preparación a la maternidad y la paternidad: encuentro de padres y madres gestantes para compartir conocimientos, experiencias y autocuidado, alrededor de la gestación, el parto y el postparto, aclarar dudas, vencer miedos y temores, realizar ejercicios, físicos, de respiración y de relajación, practicar terapias alternativas como: musicoterapia, manejo de las contracciones uterinas, con el fin de que las mamás y papás se sientan preparados para asumir la maternidad y la paternidad<sup>6</sup>.
5. Ingreso oportuno: cuando se realiza el primer control prenatal antes de la semana 12 de gestación.
6. Cuidado de enfermería materna-perinatal: interacción que se ejerce entre enfermera, madre y familia, se comparten conocimientos, experiencias y habilidades y percepciones acerca del significado del cuidado y se generan compromisos para mantener la salud y la calidad de vida, asegurando la satisfacción recíproca del conjunto de las necesidades de estos en la cotidianidad<sup>6, 20</sup>.

#### MARCO TEORICO:

Cuando se inicia el periodo de gestación ocurren una serie de cambios tanto fisiológicos como emocionales, los cuales están ligados al desarrollo del feto. El proceso de maternidad está unido a procesos socioculturales que tiene componentes psicológicos, sociales, culturales y afectivos. Todos estos cambios no solo incluye a la mujer, también incluye a la pareja y su familia, es por esto que la atención en salud para esta población debe ser de manera integral.

La maternidad en los servicios de salud se ha abordado principalmente, desde su componente biológico, mediante el uso de modelos biomédicos que se centran en los factores de riesgo que presenta la gestante ya que estos están ligados a eventos centinela como lo es la mortalidad materna, y cuyo indicador está unido a políticas de atención materna, programas de promoción de la salud, haciendo especial énfasis en mujeres gestantes que requieran acompañamiento, consejería y educación para un cuidado oportuno y eficaz de la salud<sup>7</sup>.

Por lo anteriormente mencionado, los controles prenatales son de fundamental importancia en el proceso de gestación, ya que por medio de ellos no solo se evalúan o se identifican los factores de riesgo de la gestante si no se hace una intervención integral y se toman las medidas necesarias para que la gestación termine de manera adecuada.

Cuando la gestante inicia los controles prenatales el profesional de la salud encargado de la atención debe realizar una historia clínica completa, indagando sobre: antecedentes familiares, médicos, farmacológicos y reproductivos, síntomas asociados al embarazo, exploración física, se dan ordenes de laboratorios y se evalúa el riesgo que presenta la gestante, adicional a lo anterior se brinda información sobre; alimentación, actividades físicas y signos y síntomas que se debe tener en cuenta para asistir de manera inmediata al sistema de salud. Las frecuencias de los controles prenatales estarán determinados por las condiciones en las que se van desarrollando la gestación, cuando este se está desarrollado en condiciones normales se debe acudir de la siguiente manera; hasta la semana 36 cada 4 a 6 semanas, de la semana 37 a la 41 cada uno a tres semanas y después de la semana 41 de un a tres veces por semana<sup>8</sup>.

Adicional a lo anterior se debe tener claro que el control prenatal debe ser; precoz por lo que se debe iniciar antes de la semana 12 de gestación para de esta forma prevenir y promocionar la salud de la gestante y detectar los factores de riesgo, debe ser periódico este será determinado según los factores anteriormente identificados y finalmente se debe realizar de manera completa en cuanto a la

valoración del estado general de la gestante, la evolución del embarazo y generar las intervenciones de acuerdo a la edad gestacional<sup>9</sup>.

Durante la primera consulta el profesional de la salud dar los suplementos como lo es: ácido fólico 1 mg/día, sulfato ferroso 200-300 mg/día y calcio 1300-300mg/día.

Adicional a lo anterior se debe enviar los siguientes laboratorios:

EXAMEN	SEMANAS DE GESTACIÓN				
	< 12	12 A 16	20 A 24	24 A 28	28 A 34
<b>Hemograma: hemoglobina, hematocrito y leucograma.</b>	X				X
<b>Hemoclasificación.</b>	X				
<b>Coombs indirecto si RH negativo</b>		X	X	X	X
<b>Glucemia en ayunas</b>	X				
<b>Prueba de O' Sullivan</b>				X	
<b>Tamizaje Sífilis</b>	X				X
<b>Tamizaje para VIH</b>	X				X
<b>Tamizaje para hepatitis B</b>	X				
<b>Urocultivo</b>	X				
<b>Parcial de orina</b>					X
<b>Tamizaje para toxoplasma</b>	X				
<b>Ecografía obstétrica</b>	X		X		
<b>Citología cervical.</b>	X				

Otros exámenes que se pueden ordenar son: frotis de flujo vaginal para determinar si hay alguna infección vaginal y cultivo vaginal y rectal para detectar la bacteria *Estreptococo del Grupo B*, la cual puede afectar al bebé durante el parto.

De los anteriores exámenes diagnósticos se debe tener en cuenta:

- **Tamizaje y diagnóstico de la diabetes gestacional:**

La diabetes puede aparecer o desaparecer durante la gestación, genera hiperinsulinemia fetal que se manifestó por un crecimiento excesivo de los tejidos sensibles a la insulina, tal como el tejido adiposo (especialmente alrededor del tórax), el abdomen y los hombros. Estos cambios incrementan el riesgo de distocia de hombros, muerte perinatal, trauma al nacer y necesidad de cesárea. La diabetes gestacional está asociada a hipoxemia intrauterina lo que aumenta el riesgo de muerte fetal, hiperbilirrubinemia y trombosis de vena renal. Asimismo, genera complicaciones<sup>9</sup>.

- **La asesoría pre y pos prueba para el VIH:**

De acuerdo con el Decreto 1543/97 y a la Resolución 3442/06 del Ministerio de la Protección Social, la asesoría en Colombia es un requisito para cualquier prueba de VIH (tamizaje o confirmación), en cualquier grupo poblacional<sup>9</sup>.

- **Tamizaje para VIH y sífilis:**

Está incluido dentro de la norma técnica de la Resolución 412/2000 y en la última Guía de atención integral<sup>21</sup>, pero puede ocurrir que una gestante llegue al trabajo de parto sin este. Cuando esto sucede es necesario que se realicen estas pruebas para que se realice la terapia anti retroviral durante el trabajo de parto, realizar cesarea y posteriormente realizar profilaxis al bebé, esto en caso de que las pruebas salgan positivas<sup>9</sup>.

- **Tamizaje para toxoplasmosis:**

En la norma técnica resolución 412 del 2000 no contempla el tamizaje de toxoplasmosis; pero debido a que en Colombia se calcula que entre 2 a 10 de cada 1.000 nacidos vivos sufren de toxoplasmosis congénita y entre el 85 y 90% son asintomáticos, en 2007 se publicó la Guía de práctica clínica para toxoplasmosis durante el embarazo y toxoplasmosis congénita en Colombia, la cual recomienda para el tamizaje prenatal el uso de IgG, IgM e IgA anti-toxoplasma<sup>9</sup>.

- **La ecografía obstétrica:**

Este examen se encuentra contemplada en la nueva Guía práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de complicaciones del embarazo parto y puerperio recomienda realizar una ecografía entre las semanas 10 y 13 para de esta manera evaluar la edad gestacional, detectar de manera precoz los embarazos múltiples e identificar algunas malformaciones<sup>9</sup>.

Para que la evaluación de la gestante sea de manera integral se debe incluir una evaluación psicológica, lo que implica identificar factores sociales y emocionales que puedan interferir en el bienestar tanto antes, durante y después de la gestación. Ya que el estrés, depresión o violencia familiar están directamente relacionados con malos resultados perinatales, por lo que deben estar contemplados en todos y cada una de los controles que se realicen a la gestante. Para realizar la identificación de los factores de riesgo psicosocial se utiliza la Escala de Riesgo Biopsicosocial Prenatal o escala de Herrera & Hurtado<sup>9</sup>.

- **Evaluación del estado nutricional:**

Cuando la paciente se le realiza la inscripción al control prenatal debe ser remitida a valoración por nutrición para de esta manera dar un diagnóstico y definir un plan de manejo. Se debe registrar el índice de masa corpora (IMC) de la gestante para de esta manera establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación teniendo en cuenta los siguientes parámetros.

IMC	GANANCIA DE PESO.
<b>&lt; 20 kg/m<sup>2</sup></b>	Entre 10 a 13 Kg
<b>Entre 20 y 24,9 kg/m<sup>2</sup></b>	10 a 13 Kg
<b>Entre 25 y 29,9 kg/m<sup>2</sup></b>	Entre 7 a 10 Kg
<b>&gt; 30 kg/m<sup>2</sup></b>	Entre 6 a 7 Kg

En caso de que la inscripción al control prenatal se realice de manera tardía se recomienda registrar el IMC pregestacional y a partir de este establecer las metas de ganancia de peso gestacional<sup>1</sup>.

- **Evaluación psicosocial:**

Este debe ser integral, lo que conlleva evaluar los factores sociales y emocionales que puedan influir en el bienestar antes, durante y después de la gestación. Dichas situaciones pueden ser; estrés materno crónico, ansiedad, trastornos del sueño y pobre apoyo de la red social. Las anteriores condiciones deben ser valoradas en cada uno de los controles prenatales. Una de las escala usadas para evaluar el riesgo es la Escala de Riesgo Biopsicosocial Prenatal también conocida como escala de Herrera & Hurtado, por el nombre de sus creadores.<sup>9</sup>

<b>Tensión emocional</b>	Llanto fácil, tensión muscular, sobresalto, temblor, no poder quedarse quieta.	<b>Ausente</b>	<b>Intenso</b>		<b>Dos o más ítems intensos = 1</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Humor depresivo</b>	Insomnio, falta de interés, no disfruta pasatiempos, depresión, mal genio.	<b>Ausente</b>	<b>Intenso</b>		
<b>Síntomas neurovegetativos</b>	Transpiración manos, boca seca, accesos de rubor, palidez, cefalea de tensión.	<b>Ausente</b>	<b>Intenso</b>		
<b>Soporte Familiar: satisfecha con la forma como usted comparte con su familia o compañero.</b>	<b>El tiempo</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>	<b>Dos o más ítems intensos = 1</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>El espacio</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>	
	<b>El dinero</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>	

**Características de los síntomas evaluados en la Escala de Herrera & Hurtado del riesgo psicosocial:**

Factor	Característica	Indicadores que se evalúan
Ansiedad	Tensión emocional	- Llanto fácil: llora por motivos que ella misma considera sin importancia. Si la respuesta es negativa no es necesario preguntar por otros síntomas de tensión emocional. - Tensión muscular: rigidez en los músculos y nerviosismo excesivo. - Sobresalto: se asusta ante eventos sin importancia para ella. - Temblor: movimientos involuntarios de músculos. - Inquietud: no puede quedarse quieta en un solo sitio. - Incapaz de relajarse: músculos tensos continuamente.
	Se considera presente si existen al menos dos (2) indicadores	
	Síntomas de humor depresivo Se considera presente si existen al menos dos (2) indicadores	- Insomnio: se despierta en las noches y permanece despierta por largos periodos y tiene dificultad para volverse a dormirse. - Falta de interés: no disfruta de actividades o situaciones que antes consideraba placenteras, y presenta conductas de aislamiento, abandono, deseos de no hacer nada y variaciones del humor durante el día - No disfruta de pasatiempos: se aburre fácilmente con pasatiempos que antes eran importantes para ella
		- Depresión: presenta conductas de aislamiento, abandono y deseos de no hacer nada - Variaciones del humor durante el día: pasa con facilidad de la alegría a la tristeza sin causa aparente.
	Síntomas neurovegetativos Se considera presente si existen al menos dos (2) indicadores.	- Transpiración excesiva: sudoración excesiva, principalmente por manos, cuello y cara, ante situaciones de angustia. - Boca seca: sensación de sequedad en la boca ante situaciones de angustia. - Accesos de rubor o palidez: ante situaciones de angustia. - Cefalea de tensión: más que un dolor se trata de una molestia permanente en los músculos de la región posterior de la cabeza, muchas veces irradiada a la espalda, con duración de varias horas durante el día.
Soporte familiar	Evaluación general	Se pregunta: "¿Está satisfecha con el apoyo y la ayuda que recibe de su familia durante este embarazo?" - Si la respuesta es afirmativa, no se sigue preguntando. - Si la respuesta es negativa, se amplía a las siguientes características.
	Tiempo	Se pregunta: "¿Está satisfecha con la forma como usted comparte con su familia o con su compañero el tiempo?" - Las opciones de respuestas son: "casi siempre", "a veces" y "nunca".
	Espacio	Se pregunta: "¿Está satisfecha con la forma como usted comparte con su familia o con su compañero el espacio?" - Las opciones de respuestas son: "casi siempre", "a veces" y "nunca".
	Dinero	Se pregunta: "¿Está satisfecha con la forma como usted comparte con su familia o con su compañero el dinero?" - Las opciones de respuestas serán: "casi siempre", "a veces" y "nunca". - Las opciones de respuestas son: "casi siempre", "a veces" y "nunca".

Cuidados de enfermería a la mujer gestante.

Los cuidados brindados a la gestante se encuentran enmarcados en los derechos sexuales y reproductivos, en especial en el derecho a su salud y a la de su hijo por nacer. El derecho a la salud alude al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

Primer trimestre de la gestación:

1. Identificación de los factores de riesgo y necesidades de cuidado como lo son; gestación deseada, apoyo familiar dificultades para asistir a los controles prenatales, hábitos higiénicos y alimenticios.
2. Detección de violencia Intrafamiliar.
3. Recomendaciones generales; brindar información sobre la importancia de asistir a todos y cada uno de los controles prenatales.
4. Informar sobre la existencia del curso a la preparación a la maternidad y la paternidad, ya que en él se explican los diversos cambios que ocurren durante esta etapa y los beneficios de la educación para sus cuidados durante la etapa prenatal, parto, postparto y con el recién nacido. Mediante este curso se ayuda a la mujer a adaptarse a su nuevo rol materno, a pasar

por la gestación y el parto con molestias mínimas, salud y bienestar óptimos, así como a mantener a su hijo, antes y después de nacer, en el mejor estado de salud posible.

5. Dar a conocer los signos de alarma por los cuales debe acudir a urgencias, esto son:

- 5.1 Cefalea severa.

- 5.2 Alteraciones visuales como visión borrosa o fosfenos.

- 5.3 Dolor epigástrico.

- 5.4 Vómito.

- 5.5 Edema en cara, manos o pies.

- 5.6 Sangrado abundante ya que se encuentra asociado a aborto, placenta previa, abrupcio de placenta, parto pretérmino o muerte fetal.

- 5.7 Dolor abdominal tipo cólico irradiado a la espalda.

- 5.8 Cambio en el color del moco vaginal.

- 5.9 Pérdida de líquido claro, manchado o sangrado.

- 5.10 Sensación de que el bebé ha descendido se asocian con aborto o parto pretérmino.

- 5.11 Debilidad, cansancio fácil y sensación de vértigo pueden estar asociar con anemia.

- 5.12 Disuria, poliaquiuria y hematuria, se relacionan a infección de vías urinarias, la cual puede desencadenar parto pretérmino y ruptura prematura de membranas.

6. Remitir a la paciente a valoración por psicología, nutrición, salud oral y medicina general.

Segundo trimestre d gestación:

1. Actividad física la cual contempla periodos de descanso, sueño y ejercicio, los cuales son factores protectores tanto para la madre y el feto, en especial porque ayuda a prevenir algunos riesgos para la gestante y el bebé y contribuye a al desarrollo de la gestación en óptimas condiciones. Se recomiendo que la paciente camine durante 30 minutos, por lo menos tres veces por semana.

2. Higiene y cuidados personales; durante el proceso de gestación se generan una serie de cambios fisiológicos lo cual lleva a que la mujer tenga cambios en sus hábitos de higiene en general como es la higiene genital que tiene como fin de prevenir infecciones que pueden afectar la salud materno fetal, dichas infecciones se encuentran directamente relacionadas a ruptura prematura de membranas y prematuridad.
3. Cuidados relacionados con salud oral ya que durante la etapa de gestación se generan cambios en los hábitos alimentación que favorecen la aparición de problemas de salud oral.
4. Consumo de sustancias de sustancias no beneficiosas.
  - 4.1 Alcohol conlleva a retardo del crecimiento intrauterino y, en los casos más graves, al Síndrome Alcohólico Fetal, caracterizado por defectos físicos y mentales
  - 4.2 El consumo de cigarrillo se asocia a bajo peso al nacer y aumento de la morbilidad y mortalidad perinatal.
  - 4.3 La ingesta de heroína pueden provocar un síndrome de abstinencia grave en el bebé, que pueden durar de cuatro a seis meses.
  - 4.4 anfetaminas se vincula con bajo peso al nacer y nacimiento prematuro, y está asociado con hemorragia intracraneal.
  - 4.5 EL consumo de marihuana está vinculado con el retardo del crecimiento intrauterino. A largo plazo, los niños expuestos a drogas prenatales tienen un riesgo incrementado de déficit cognoscitivo y menor cociente intelectual.

Tercer trimestre de la gestación:

1. La preparación para el parto, incluyendo información sobre cómo manejar el dolor durante el trabajo de parto y planear el parto.
2. Enseñar signos para reconocer el inicio del trabajo de parto.
3. Preparación para la lactancia materna exclusiva.
4. Orientación a la mujer sobre la anticoncepción después del nacimiento del bebé<sup>6</sup>.

<b>PRIMER TRIMESTRE.</b>		
<b>Síntomas</b>	<b>Factores que influyen.</b>	<b>Cuidados personales.</b>
Nauseas con o sin vómito.	Elevación hormonal en especial de gonadotropina coriónica humana	Evitar alimentos grasosos, olorosos y condimentados. Comer galletas, tostadas o pan 30 minutos a una hora antes de levantarse en la mañana.
Frecuencia urinaria	Relajación del musculo liso de la vejiga. Presión del útero en crecimiento sobre la vejiga en el primer y tercer trimestre.	Orinar cuando se tiene la necesidad para de esta manera prevenir estasis urinaria. Disminuir el consumo de líquidos al atardecer para disminuir la nicturia.
Hipersensibilidad mamaria.	Aumento del suministro vascular e hipertrofia del tejido mamario causado por el estrógeno y la progesterona. Se genera sensación de hormigueo e hipersensibilidad.	Utilización de sostén de apoyo para de esta forma aliviar la sensación de hormigueo e hipersensibilidad.
Leucorrea	Aumento de la producción de moco por las glándulas endocervicales en respuesta al aumento de los niveles de estrógeno.	No uso de duchas vaginales. Mantener la región del perineo limpia y seca. Informar en la consulta de control prenatal si se generan cambios en cuanto al olor, color o las características de la secreción.
<b>SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE.</b>		

Pirosis.	Se genera un flujo retrogrado de los contenidos gástricos hacia el esófago produce sensación urente y sabor amargo en la boca.	Mantener reposo 30 minutos después de comer. Evitar alimentos grasosos. Utilizar antiácidos líquidos bajos en sodio.
Estreñimiento.	El aumento de las concentraciones de la progesterona hace más lentos los movimientos intestinales y aumenta la absorción de agua. Presión del útero en crecimiento sobre el intestino. Complementos de hierro contribuye al endurecimiento de las heces.	Aumento de consumo de agua. Tener una dieta rica en fibra.
Hemorroides.	Se genera por el agrandamiento vascular de la pelvis, estreñimiento y descenso de la cabeza fetal a la pelvis.	Incrementar el consumo de fibra en la dieta.
Disnea	El útero se eleva hacia el abdomen y ejerce presión sobre el diafragma.	Dormir en posición fowler. Adoptar una posición adecuada al sentarse o estar de pie.
Debilidad y mareos.	Inestabilidad vasomotora o hipotensión por postura.	Evitar cambios súbitos de posición. Dormir sobre el lado izquierdo para de esta manera evitar la presión del útero sobre la vena cava.

Edema de pies y tobillos.	Congestión circulatoria en las extremidades inferiores.	<p>Elevar las piernas.</p> <p>Aumentar los periodos de reposo.</p> <p>Evitar prendas de vestir ajustadas y estar sentada o de pie por mucho tiempo.</p>
Vena varicosa.	Relajación del musculo liso de las paredes de las venas a causa de la elevación de la progesterona.	Uso de medias de compresión para mejorar los síntomas del síndrome varicoso en la gestante.
Dolor lumbar.	Se genera por la adaptación de la columna a cambios de postura conforme crece el útero ya que este altera el centro de gravedad y produce lordosis y tensión muscular.	<p>Mantener una postura corporal correcta.</p> <p>No exagerar la curva lumbar.</p> <p>Colocarse en cuclillas en lugar de inclinarse para recoger objetos.</p>

## REFERENTE TEÓRICO:

### MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER

Nola Pender nació en Lansing, Michigan el 16 de Agosto de 1941. El primer acercamiento que tuvo con la enfermería fue a los 7 años al observar el cuidado que le brindaba un enfermero a su tía que se encontraba hospitalizada. Por tal motivo estudio enfermería en la Escuela de enfermería de West Suburban Hospital de Oak Park, Illinois, posteriormente complementa sus estudios en la Universidad del estado de Michigan, Evanston, Illinois. Su trabajo de doctorado fue encaminado a los cambios evolutivos relacionados con los procesos de codificación de la memoria inmediata de los niños, de ahí surgió un fuerte interés por ampliar su aprendizaje en el campo de la optimización de la salud humana, que daría origen posteriormente al Modelo de Promoción de la Salud.

Este modelo pretende ilustrar la interacción que tiene las personas cuando intentan alcanzar el estado de salud deseado, hace énfasis en las características personales, existenciales, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. El modelo de aprendizaje social hace referencia a los procesos cognitivos en el cambio de la conducta y uno aspectos de aprendizaje cognitivo y conductual. El segundo sustento afirma que la conducta es racional, considera el componente motivacional es clave para un logro es la intencionalidad.

Este modelo considera que el comportamiento saludable está determinado por tres grandes influencias:

1. **Conducta previa relacionada** el cual hace referencia a las experiencias previas que puedan tener efectos directos e indirectos en la posibilidad de comprometerse con las conductas de promoción de salud. En cuanto a los **factores personales**, los cuales se encuentran categorizados como

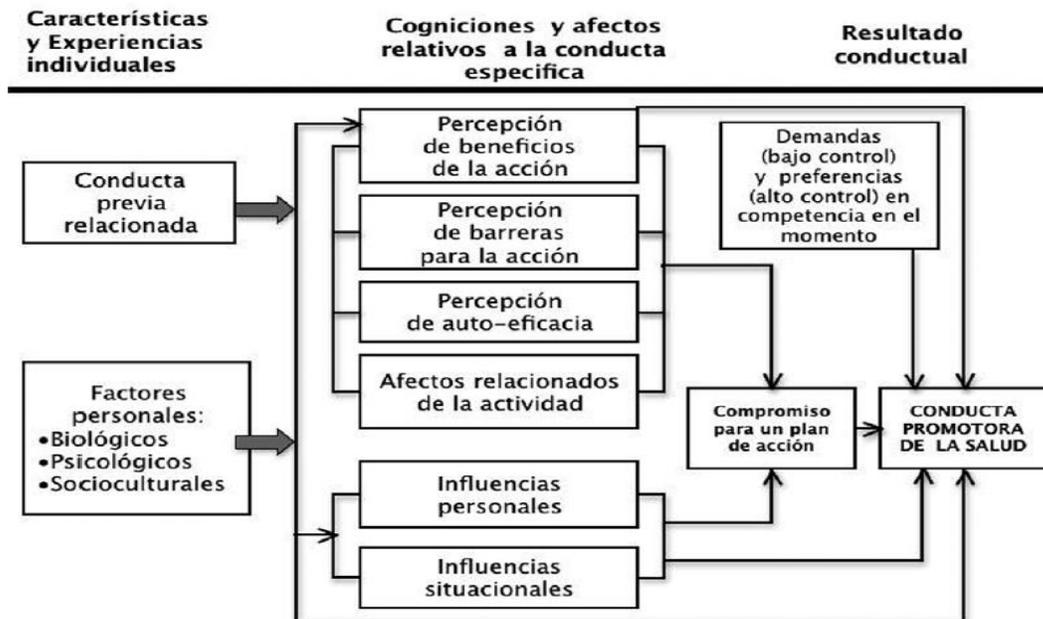
biológicos, psicológicos y socioculturales, de acuerdo con este enfoque son predictivos a la conducta.

**2. Condiciones y afectos relativos a la conducta específica:** estos componentes son centrales del modelo y están directamente relacionados a los conocimientos y afectos específicos de la conducta, este ítem contempla seis conceptos que son:

- **Beneficios percibidos de la acción** son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud.
- **Barreras percibidas para la acción**, apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.
- **Auto eficacia percibida**, este concepto hace parte fundamental de la teoría porque representa la percepción de competencia de sí mismo para ejecutar una cierta conducta. La eficacia percibida de sí mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.
- **Afecto relacionado con el comportamiento**, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta.
- **Influencias interpersonales**, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos.
- **Influencias situacionales**, las cuales pueden aumentar o disminuir la participación en salud.

Los conceptos enunciados anteriormente van a influir directamente en **el compromiso para un plan de acción**, el cual constituye el eje para que se dé el resultado deseado.

**3. Conducta promotora de salud**, acción dirigida a los resultados positivos de la salud, como lo son; el bienestar, el cumplimiento personal y la vida productiva<sup>10</sup>.



Teniendo en cuenta lo anterior la promoción de la salud, es una actividad significativa que debe valorar los antecedentes en la interacción sociocognitivas y los factores interpersonales que tiene el sujeto de cuidado con la participación en salud.

**POBLACIÓN OBJETO:**

Gestantes y sus familias que se encuentren afiliados a la EPS convida, que ingresen al Hospital Universitario de la Samaritana Unidad Funcional de Zipaquirá

**METODOLOGÍA (CICLO PHVA)**

**PLANEAR:**

- Qué se va hacer

Se fortalecerá la ruta de captación de gestantes del HUS UFZ, dando a conocer a la comunidad del municipio las diferentes actividades con las que cuenta el hospital para las mujeres en etapa de gestación. Adicional a lo anterior se protocolizara la ruta de captación intramural y extramural de esta población.

- Quién lo va hacer

Este proyecto será realizado por la estudiante de enfermería de decimo semestre de la Universidad de La Sabana, que se encuentra desarrollando su rotación de Profundización de Salud Publica en Mujer en el Hospital de la Samaritana Unidad funcional de Zipaquirá; además de contar con el debido acompañamiento de la docente de práctica.

- Cuando lo voy a hacer

El proyecto se llevará a cabo en un período comprendido de 8 de febrero al 6 de Mayo de 2016.

- Donde se va hacer

Este proyecto será implementado en el área de salud pública del Hospital de la Samaritana Unidad funcional de Zipaquirá

- Cómo lo voy a hacer:

1. Se realizará la herramienta administrativa DOFA.
2. Después de realizar la matriz DOFA se habrá evidenciado las debilidades y las oportunidades de mejora, a partir de estas se realizaran las intervenciones para lograr disminuir el ingreso inoportuno a los controles prenatales de las mujeres en etapa de gestación.
3. Luego de identificar la problemática se realizara análisis de los principales factores por los cuales las gestantes no ingresan de manera oportuna a los controles prenatales.
4. Se realizara un flujograma en el cual estará la ruta a seguir en caso que una gestante ingrese por el servicio de urgencias.
5. Socialización de la ruta de captación de mujeres en etapa de gestación al personal de salud del HUS UFZ.
6. Verificar la adherencia de la ruta de captación tanto intramural como extramural por parte del personal de salud.

- Por qué se va a hacer:

El presente proyecto tiene como finalidad fortalecer la estrategia con la que cuenta el hospital, para que las mujeres en etapa de gestación ingresen de manera oportuna a los controles prenatales, ya que por medio de esta manera la gestación se encontrara en continua supervisión lo que permitirá que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones lo que genera una disminución de la mortalidad materna.

- Para qué se va a hacer:

Los flujogramas de ruta de captación de gestantes tanto intramural como extramural tienen como finalidad lograr que el personal de salud tenga claridad en el direccionamiento de las mujeres en etapa de gestación para de esta manera lograr que inicien controles prenatales de manera oportuna, y de esta manera lograr disminuir el porcentaje de gestantes que ingresan de manera tardía a los mismos.

#### **HACER:**

- Se dará a conocer los diferentes programas con los que cuenta el hospital como lo son: salud sexual y reproductiva el cual contempla atención prenatal, planificación, atención preconcepcional. Esta actividad se llevara a cabo en las diferentes reuniones de capacitación al personal de hospital que se tienen programadas, además se dará a conocer los programas en las reuniones programadas para la conformación de los grupos de apoyo comunitario.

Adicionalmente se creara el flujograma de ruta de captación intramural y extramural de mujeres en etapa de gestación.

#### **VERIFICAR:**

- Después de haber explicado el direccionamiento que se debe tener con las gestantes, se realizaran preguntas del mismo y se aclararan las dudas.
- Verificar que el personal de salud tenga conocimiento de los programas con los que cuenta el hospital dirigidos a la mujer en etapa de gestación.

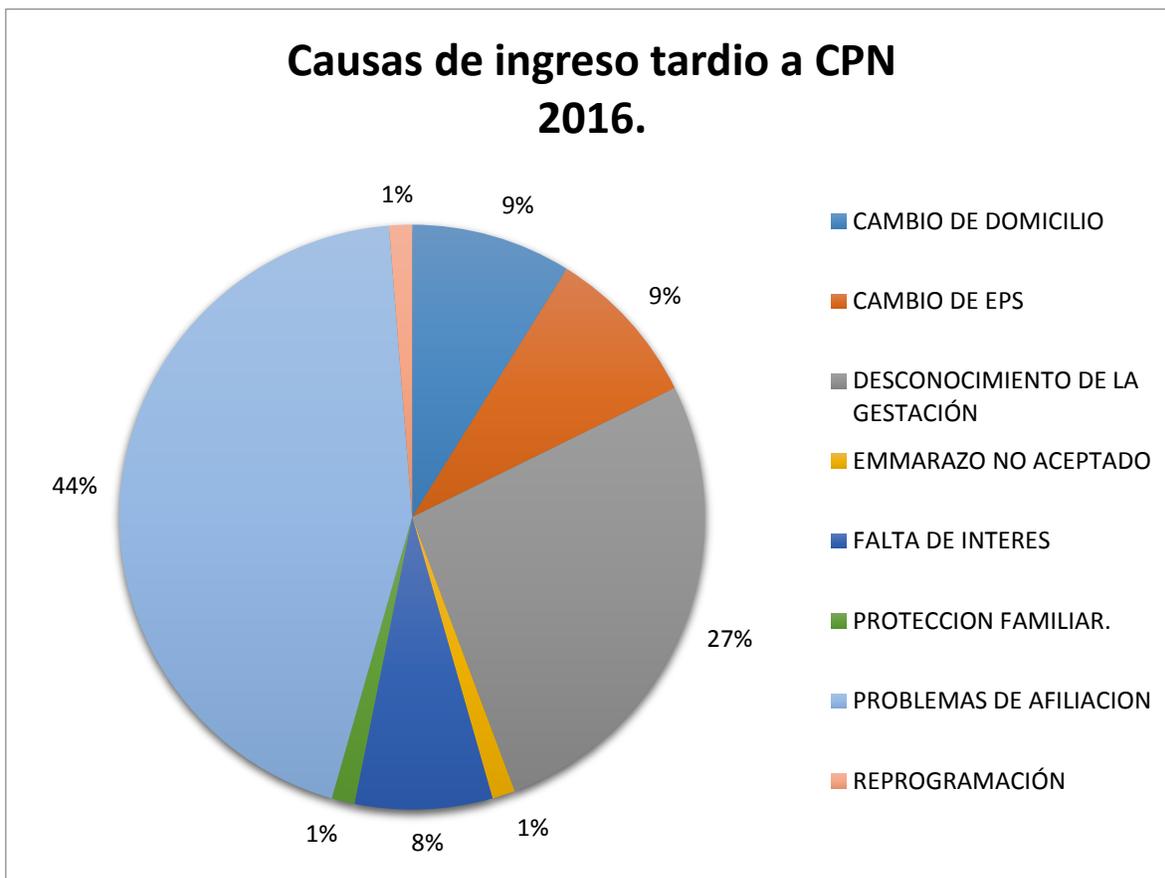
- Verificar que las personas que integran el grupo de apoyo comunitario tengan claro los diversos programas con los que cuenta el hospital, para que de esta manera los den a conocer a la población con la que tiene contacto diariamente y así lograr que la mujer en etapa de gestación ingrese a controles prenatales antes de la semana 12 de gestación.
- Resolver dudas que surjan en las diferentes reuniones con las personas que conforman el grupo de apoyo comunitario.
- Socializar la ruta de captación de mujeres en etapa de gestación al personal del hospital durante las reuniones programadas.
- Evaluar la disminución del ingreso inoportuno al control prenatal.

#### **ACTUAR:**

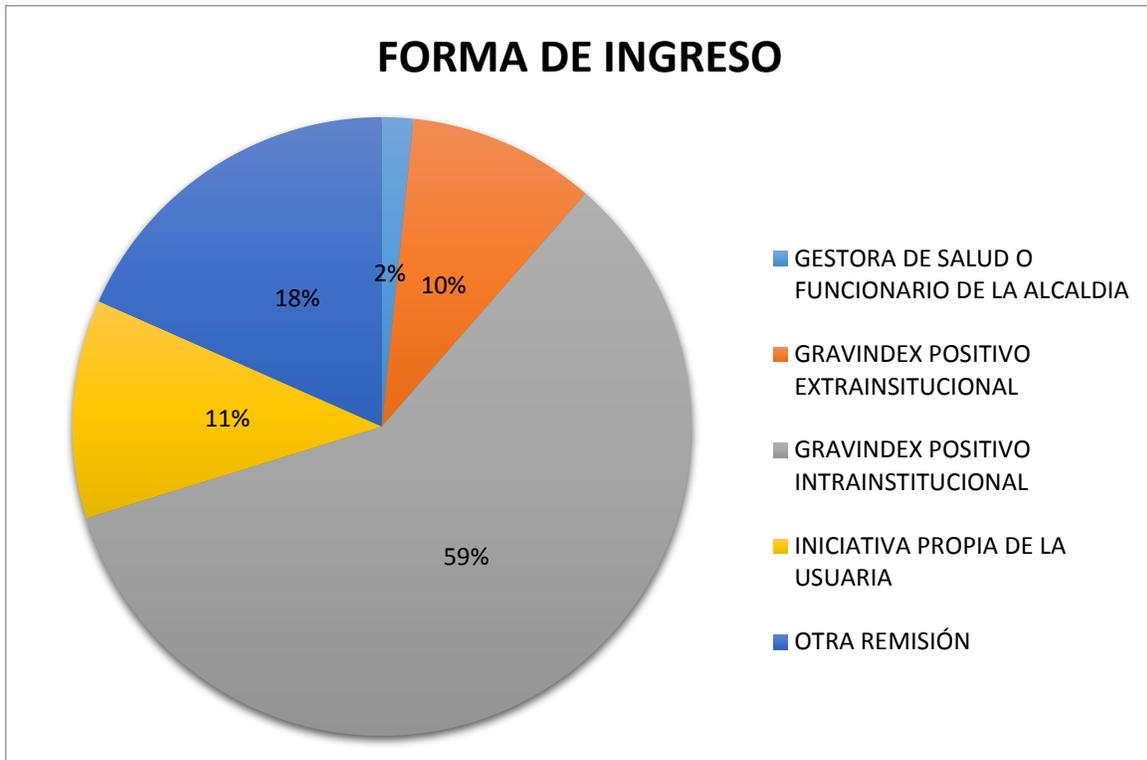
- Fortalecer seguimiento diario de las gestantes que no asisten a los controles prenatales para de esta manera conocer los motivos de inasistencia y reprogramar la cita para de este modo dar continuidad al proceso de control prenatal.
- Dar a conocer a las gestantes la importancia de asistir a todos y cada uno de los controles prenatales y las interconsultas que se les programan.
- Explicar y enseñar a las gestantes los signos de alarma por los cuales deben consultar al servicio de urgencias.
- Explicar al grupo de apoyo comunitario la importancia que tiene que las mujeres gestantes ingresen de manera oportuna a los controles prenatales.
- Dar a conocer los pasos para que una mujer gestante ingrese a los controles prenatales.

Análisis de la información:

### PRINCIPALES MOTIVOS DE INICIO TARDÍO DE LOS CONTROLES PRENATALES EN HUS UFZ.

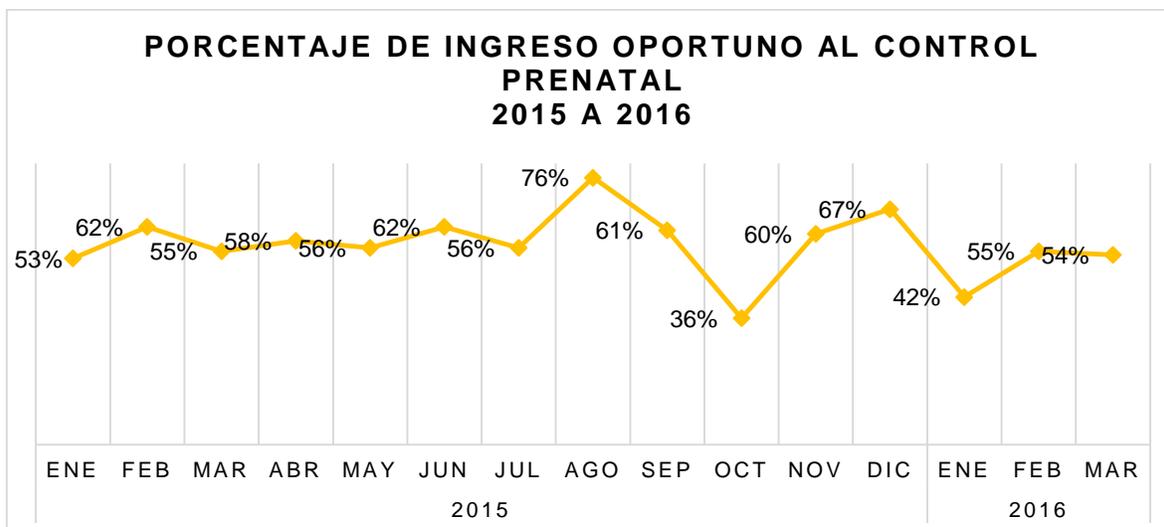


Se evidencia que el 44% de las gestantes que ingresan de manera tardía a los controles prenatales lo hacen por problemas de afiliación, la segunda causa es el desconocimiento de la gestación con un 27%, le siguen el cambio de domicilio y EPS con un 9% respectivamente, la quinta causa es la falta de interés con un 8%, finalmente está el embarazo no aceptado, pacientes bajo protección familiar y reprogramación de la cita de inscripción con 1%. La principal causa está directamente relacionada con que las entidades prestadoras de salud Caprecom, Cafam y Colsubsidio fueron liquidadas en los meses de diciembre, julio y agosto respectivamente.



El grafico anterior representa el porcentaje de las vías por las cuales las gestantes ingresan a control parental, se evidencia que 59% de ellas lo hacen por medio de pruebas de gravindex positiva institucional, en segundo lugar están las remisiones con un 18%, seguido de iniciativa de la usuaria con un 11% y en cuarto lugar se encuentra gravindex extra institucional , finalmente con el 2% se encuentran aquellas pacientes que son enviadas por las gestoras de salud o funcionarios de la alcaldía.

Por lo anteriormente mencionado, es importante que el personal de salud tenga claro la ruta de captación de gestantes intrainstitucional, ya que el 59% de ellas se enteran de su estado en la institución y es en este momento que la o las personas que tiene contacto con la paciente deben saber direccionarla para que ella obtenga la cinta de inscripción a los controles prenatales lo más pronto posible.



La grafica indica que en el año 2015 culmino con un ingreso oportuno al control prenatal del 67% e inicia con un descenso del mismo obteniendo en el mes de enero un 42% pero se ve un leve incremento en los dos meses siguientes.

Por lo anteriormente mencionado es importante fortalecer las estrategias con las que cuenta la institución para que las mujeres en etapa de gestación ingresen de manera oportuna.

### **CONCLUSIONES:**

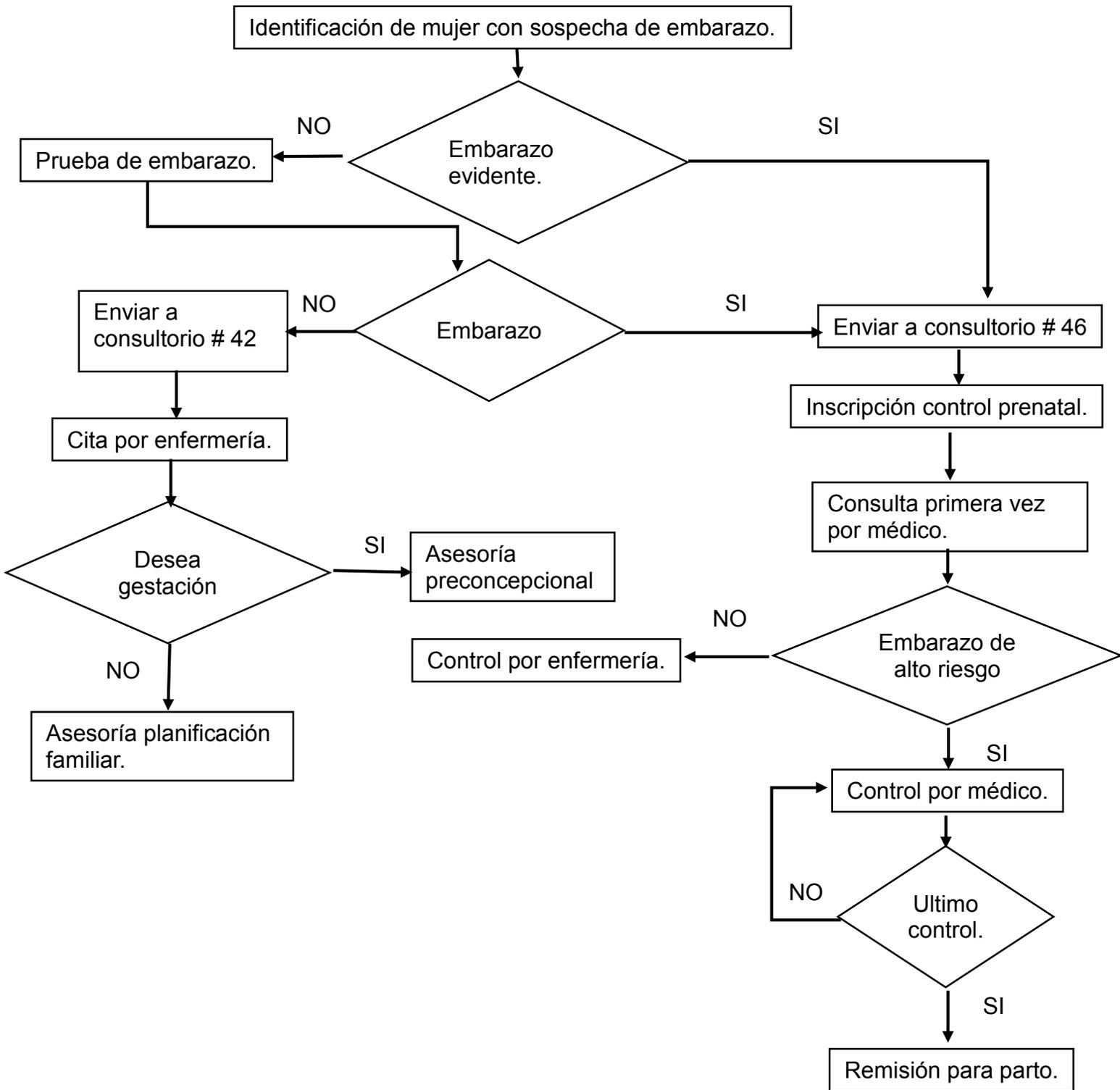
- El ingreso oportuno de las mujeres en etapa de gestación es de vital importancia, ya que de esta manera se identifican los factores de riesgo que tienen las mujeres en etapa de gestación y así dar tratamiento oportuno y disminuir los riesgos maternos perinatales.
- Se evidencia la importancia de tener las rutas de captación para las mujeres en etapa de gestación, ya que estas son una herramienta la cual le brinda al profesional de salud la información necesaria para direccionar a las mujeres en dicha etapa.
- Es necesario desarrollar nuevas formas de dar a conocer de manera efectiva los programas que el área ambulatoria ofrece a las mujeres en esta de gestación.

## **RECOMENDACIONES:**

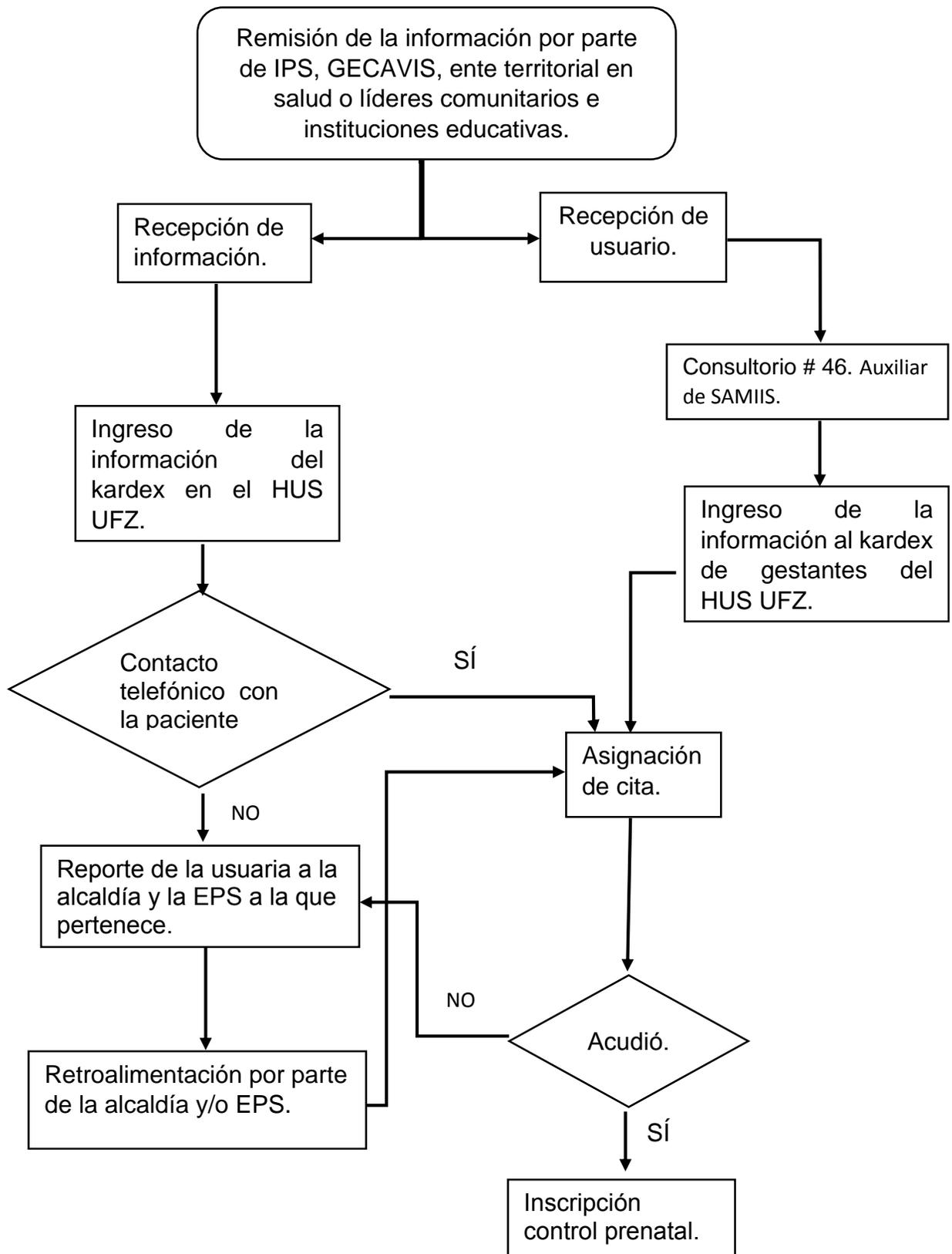
- Realizar socialización de la ruta de captación de gestantes tanto intramural como extramural.
- Realizar capacitaciones continuas a todo el personal sobre el direccionamiento correcto de las mujeres en etapa de gestación.
- Fortalecer alianzas con el grupo de apoyo comunitario para de esta manera lograr captación oportuna de mujeres en gestación.
- Dar a conocer al cliente interno y externo los programas con los que cuenta el hospital.
- Realizar visitas domiciliarias a las maternas que se encuentren en alto riesgo obstétrico para de esta manera valorar, detectar y controlar problemas propios de la gestación.
- Fortalecer la demanda inducida por parte de las GECAVIS para de esta manera lograr mayor cobertura de las gestantes y sus familias que se encuentren afiliados a EPS convida.
- Dar continuidad al proyecto de gestión en el periodo 2016-2, con el fin de implementar y verificar el impacto generado de la ruta de captación intramural y extramural de mujeres en etapa de gestación, en búsqueda del mejoramiento continuo.

ANEXOS.

RUTA DE CAPTACIÓN INTRAMURAL DE MUJERES EN ETAPA DE GESTACIÓN.



## RUTA DE CAPTACIÓN EXTRAMURAL DE MUJERES EN ETAPA DE GESTACIÓN.



## BIBLIOGRAFÍA.

1. Pio Iván Gómez Sánchez, I. A. (2013). Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS., 1-84.
2. Quevedo, L. M. (2014). Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna dirigido a IPS del municipio de Chía, Cundinamarca.
3. MINSALUD, B. e. (27 de Diciembre de 2015). Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Obtenido de MINSALUD: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2015%20Boletin%20epidemiologic o%20Semana%2052.pdf>
4. Juan Luis Londoño, J. G. (2003). Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. . Ministerio de Proteccion social. , 1-9.
5. Fernando de la Hoz, M. E. (2014). Mortalidad Materna. Protocolo de Vigilancia Salud Pública , 1-91.
6. Carmen Helena Ruíz, L. M. (2014). Protocolo para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. MINSALUD- UNFPA, 175- 221.
7. Flor de María Cáceres Manrique, G. M.-M. (2014). Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. AQUICHAN, 316-326.
8. Fortuny, A. (2002). Asistencia prenatal al embarazo. Protocolos SEGO. Elsevier, 575- 583.
9. González., E. B. (2013). Salud materna y neonatal atención preconcepcional, prenatal posnatal inmediata. AIEPI, 15-193.
10. Gladis Hoyos, D. M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. ENEO-UNAM, 16-23.

11. Patricia Mantilla Uribe, G. M. (2005). Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en el marco de los derechos. UNICEF, 1-66.
12. MINSALUD. (21 de Febrero de 2016). Boletín epidemiológico semanal. Obtenido de <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2016%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2008.pdf>
13. Zipaquirá., H. U. (2013-2015.). Oficina de Salud Publica.
14. Plan decenal de Salud Pública . (2012-2021). 1-452.
15. Araque, O. A. (2012). Plan de desarrollo institucional. "Unidos por tu bienestar" , 5-6.
16. Samaritana., H. U. (01 de Julio de 2014). Intranet Samaritana. Recuperado el 03 de Marzo de 2016, de <http://178.16.100.54/index.php?idcategoria=114>
17. Claudia Marcela Moreno Segura, M. B. (2014). Análisis de situación de Salud. Colombia. *Ministerio de Salud y Protección Social*, 1-238
- 18.
19. Samaritana., H. U. (2014). Programa materno-perinatal SAMIIS. 1-19.
20. Ministerio de Protección social (2013). Resolución 743 de 2013. 1-20.
21. HONGWEI WAN, S. H. (2011). Continuous primary nursing care increases satisfaction with nursing care and reduces postpartum problems for hospitalized pregnant women. *Content Management. Contemporary Nurse*, 1-12.
22. Rodrigo Pardo, M. P. (2000). Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Ministerio de la Protección Social, 119- 153